



L'interruption volontaire/médicale de grossesse

ACTES DE LA JOURNEE DE REFLEXION DU 26 JUILLET 2018

Table des matières

| | |
|---|----|
| Introduction | 3 |
| Développement embryonnaire et foetal. Limites de viabilité et implications sur l'interruption médicale de grossesse | 5 |
| Protocoles pour les interruptions volontaires de grossesse du premier trimestre..... | 16 |
| Protocoles des organisations internationales | 21 |
| Interruptions de grossesse chirurgicales du deuxième trimestre | 31 |
| La technique de dilatation-évacuation..... | 32 |
| L'interruption de grossesse chirurgicale | 33 |

Introduction

Caroline WATILLON, FLCPF

En 1990, l'IVG a été partiellement dépénalisée et assortie de conditions, c'est en fait le fruit d'un compromis historique au sein de l'Etat belge, compromis aujourd'hui « vieux » de bientôt 30 ans.

En avril 2018, le CAL et deMens.nu ont présenté à la presse les résultats d'un sondage d'opinion portant sur l'Interruption Volontaire de Grossesse en Belgique. D'après ce sondage : plus de 70% de la population serait en faveur de sa dépénalisation.

Le 23 mai et les 6 et 13 juin de cette même année : la Commission de Justice du Parlement a organisé des auditions d'expertes et d'experts dans le cadre du dépôt de plusieurs propositions de lois en faveur de la dépénalisation de l'interruption volontaire de grossesse.

Ces auditions allaient toutes dans le même sens : elles ont montré avec force la nécessité d'ajuster le dispositif légal en regard des besoins des femmes, des hommes et des enfants.

Pourtant, le 3 juillet, les partis de la majorité ont fait fi de cette expertise, en déposant un projet de loi qui organise le *statu quo*. Si cette proposition devait l'emporter en septembre 2018, le délai de gestation autorisant l'IVG sera maintenu à 12 semaines et le délai de réflexion sera maintenu à 6 jours. Pire encore, ce projet prétend dépénaliser l'avortement tout en prévoyant des sanctions pénales pour les femmes comme pour les médecins qui ne respecteraient pas les conditions.

Enfin, et c'est là un signal politique particulièrement déplorable, cette pseudo-dépénalisation n'a manifestement pu être obtenue, que sous la condition d'un accord sur le projet du CD&V de reconnaissance d'un statut juridique aux fœtus.

Le lien entre ces deux projets de loi, l'un déposé l'autre annoncé, ne laisse plus de doute quant aux intentions politiques de notre gouvernement. La FLCPF dénonce donc avec force un projet conservateur qui prendra en otage toute la population.

Pourtant, la réalité, ce sont au moins 500 femmes qui, chaque année, se rendent aux Pays-Bas pour pratiquer une interruption de grossesse parce qu'elles ont dépassé d'à peine quelques jours ou semaines le délai gestationnel prévu par la loi. Ça leur coûte du temps et de l'argent, ça leur cause de l'anxiété et les oblige bien souvent à avorter seules. Et la réalité, ce sont aussi toutes ces femmes qui

n'ont pas les moyens de recourir à une IVG à l'étranger et qui devront assumer un enfant non-désiré. Pourtant, comme on l'a vu avec le sondage du CAL : aucun élément sociologique ne s'oppose plus à une dépénalisation complète.

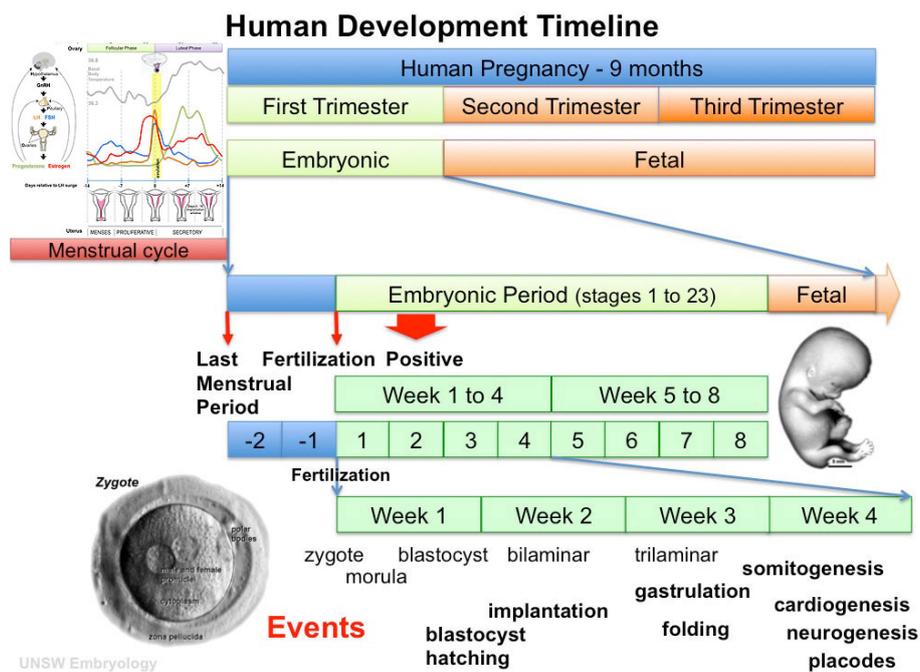
Aujourd'hui, le Conseil d'administration de la FLCPF pense que le compromis de 1990 doit être révisé. Et à la rentrée, l'Assemblée générale de la FLCPF sera appelée à se prononcer sur le fond du dossier.

Développement embryonnaire et fœtal. Limites de viabilité et implications sur l'interruption médicale de grossesse

Laura TECCO, CHU Saint-Pierre (Bruxelles)

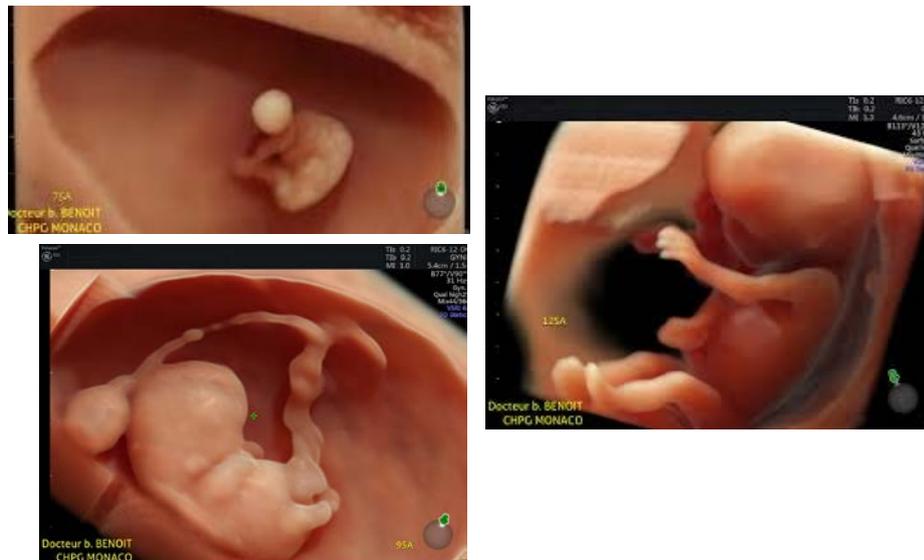
Je vais essentiellement aborder l'interruption médicale de grossesse (IMG). Travaillant en médecine fœtale, je vais parler du développement embryonnaire et fœtal comme on le voit en embryologie mais aussi avec la technique de l'échographie et comment les limites de viabilité auront des implications sur l'interruption médicale de grossesse.

Après la fécondation, trois étapes principales de l'embryogenèse vont se succéder : la segmentation et la multiplication des cellules, la gastrulation et la mise en place des trois feuilletts embryonnaires principaux et enfin, l'organogénèse qui est donc la mise en place progressive des organes. Tout cela se passe très rapidement et si on regarde la ligne du temps du développement de l'embryon humain, on voit qu'en réalité tout se passe en huit semaines.



En huit semaines d'âge d'embryon, l'embryogénèse est finie et on passe à la vie fœtale. C'est surtout dans les quatre premières semaines que l'évolution est la plus importante avec l'implantation, la gastrulation et l'organogénèse. Dans ces huit semaines d'embryogénèse, on a déterminé vingt-trois stages qui sont les stages de Carnegie qui vont permettre de passer d'une cellule à un embryon complet.

Nous pouvons approcher cette vision de l'embryologie actuellement par des techniques peu invasives comme l'échographie. On voit ci-dessous l'embryon en échographie en trois dimensions. A 7 semaines, on reconnaît déjà le pôle céphalique, le cordon, l'ébauche des membres. A 9 semaines d'âge gestationnel, on voit un embryon déjà bien formé et à 12 semaines, on reconnaît évidemment toutes les parties du fœtus.



Les IMG vont être réalisées dans un contexte de malformations foetales graves. Certaines malformations peuvent être déjà présentes avant même la fécondation et provoquer une maladie congénitale. L'ovule ou le spermatozoïde porte en lui une mutation qui, dans certains cas, donne des maladies autosomiques récessives ou dominantes entraînant des maladies congénitales qui ne seront dépistées que bien plus tard. Certaines anomalies se produisent au moment même de la fécondation dans la deuxième partie de la méiose, c'est par exemple le cas de la trisomie 21. Des facteurs exogènes peuvent également provoquer des maladies congénitales comme les infections virales, les médicaments, etc. La période proche de la fécondation, moment de l'organogénèse, est la plus critique mais nous n'aurons probablement accès au dépistage de ces malformations que de nombreuses semaines plus tard, parfois au deuxième ou troisième trimestre.

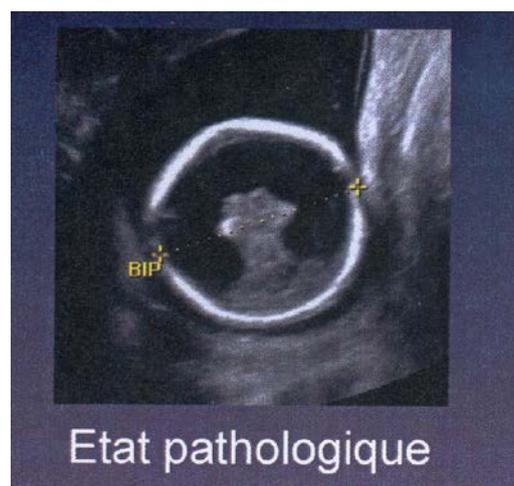
La fréquence des malformations est d'environ 2 à 3% chez les enfants vivants. On divise les malformations en majeures et mineures. Evidemment dans un contexte d'IMG, ce sont surtout les malformations majeures qui vont nous préoccuper et nous intéresser. Si on compte les grossesses à partir de 22 semaines comme le demande l'OMS depuis 1975, la prévalence de malformations est plutôt de 3.4 % si on tient compte des nouveaux nés vivants, morts et des IMG à partir de 22 semaines. Quand on compte les nouveaux nés vivants, le chiffre diminue à 2.5%. Ce sont des chiffres qui viennent du registre Eurocat¹ qui est le registre des

¹ European Surveillance of Congenital Anomalies. <http://www.eurocat-network.eu/>

malformations en Europe. Les causes de ces malformations sont pour 15% génétiques, chromosomiques ou héréditaires sous la forme des transmissions selon les lois de Mendel. Elles sont aussi environnementales dont les infections classiques : rubéole, toxoplasmose, syphilis, cytomegalovirus. Une part importante est quand même le fait d'un diabète mal équilibré chez les patientes et une petite partie est due à d'autres agents externes comme les médicaments. Le cas de la thalidomide a d'ailleurs fait prendre conscience du risque de certains médicaments pendant la grossesse. Il y a encore toute une série de causes qui sont multifactorielles et donc plus difficiles à appréhender et il reste quand même dans ce contexte de malformations 40 à 60% de cause inconnue.

Comment appréhender ce problème de malformations de façon pratique ? Il y a trois échographies pendant la grossesse au premier, au deuxième et au troisième trimestre. Déjà à l'échographie du premier trimestre qui se fait entre 11 et 13 semaines, le dépistage de certaines anomalies morphologiques importantes peut être fait. En particulier, nous allons vérifier la boîte crânienne et la ligne médiane du fœtus et également sa paroi abdominale pour découvrir les anencéphalies, les holoprosencéphalies, les gastroschisis et les omphalocèles qui sont les anomalies de la paroi abdominale. Dans de bonnes conditions d'examen, ce sont des malformations qui sont tout à fait détectables au premier trimestre. De même, on doit bien vérifier que les quatre membres avec les trois segments soient présents. Le fait qu'il manque un membre ou une partie d'un membre devrait pouvoir être également diagnostiqué au premier trimestre. De manière plus anecdotique, nous pouvons aussi donner, dans les cas où le bébé se présente bien et que les images sont de bonne qualité, un diagnostic de sexe fœtal.

Pour revenir aux malformations, prenons un exemple de cas vécu. On détecte au premier trimestre un état pathologique, on voit que les ventricules ne sont pas séparés par la ligne médiane comme ils devraient l'être.



On est face à une holoprosencéphalie, c'est à dire qu'il y a une communication des ventricules. On sait qu'il n'est pas possible d'avoir une vie normale et que le pronostic, extrêmement défavorable d'un point de vue neurologique, peut être

létal. Pour comprendre, on va faire un bilan. On sait que la trisomie 13 est grande pourvoyeuse d'holoprosencéphalies mais il y a aussi des syndromes, le diabète maternel mal équilibré et certains gènes qui peuvent donner cette même traduction clinique échographique. On fait une biopsie trophoblastique pour faire une analyse génétique. L'analyse par FISH (Fluorescent In Situ Hybridation) nous donne un résultat rapide pour les chromosomes 13, 18 et 21, une CGH (Comparative Genome Hybridation) - caryotype moléculaire - nous indique d'autres anomalies éventuelles et une glycémie maternelle. Si tout cela est négatif, peut être aurons-nous besoin, en particulier s'il y a d'autres anomalies associées dans un contexte syndromique, de faire un examen anatomopathologique du fœtus pour avoir une fœtopathologie et pouvoir orienter les recherches de mutation de certains gènes.

Lors du premier trimestre, on dépiste certaines anomalies morphologiques mais aussi les anomalies chromosomiques. On essaye de voir si le fœtus présente un risque d'anomalies chromosomiques, à haut risque ou à bas risque, par la mesure de la clarté nucale. Si la nuque est fine et normale, le fœtus est a priori à bas risque d'anomalie chromosomique. Aujourd'hui, le NIPT test (Non Invasive Prenatal Testing), remboursé par l'INAMI, permet d'améliorer le diagnostic de ces anomalies chromosomiques. Ce test permet l'étude de l'ADN libre dans le sang maternel, cet ADN vient pour une petite partie, 5 à 10%, du fœtus et pour une large partie de la mère. En l'analysant, on arrive à déterminer une valeur prédictive excellente. Quand le test est négatif, cela signifie vraiment qu'il n'y a pas de trisomie 21, 18 et 13, dans 99,99% des cas, voire même 100%. Par contre, la valeur prédictive positive est un petit peu moins bonne et il y a des faux positifs. Si le test nous indique une trisomie 21 par exemple, nous serons obligés de faire une ponction du liquide amniotique pour s'assurer du diagnostic précis. Ce test est réalisé à 12 semaines, juste après l'échographie du premier trimestre. De fait, si une nuque épaisse est détectée, on ne passera pas par ce test mais on fera directement une analyse chromosomique. On a le résultat du test dix à quinze jours plus tard. Chez une patiente qui vient à 12 semaines, si son échographie est normale, elle aura le résultat du NIPT à 14 semaines, et sera rassurée concernant les malformations morphologiques et chromosomiques. Ce test donne également avec une très bonne précision, le sexe fœtal.

Lorsque la nuque n'apparaît pas normale à l'échographie et qu'elle présente un épaissement, c'est ce qu'on appelle une hyper clarté nucale. Cela correspond à une accumulation de liquide sous la peau au niveau de la nuque. On propose alors de faire une ponction de villosités avec un FISH rapide pour la trisomie 13, 18 et 21, des chromosomes sexuels et un caryotype moléculaire complet qu'on aura en sept à dix jours. Si le diagnostic, ce qui arrive le plus souvent, est celui d'une trisomie 21 et qu'une décision d'IMG est prise par les parents assez rapidement, on peut encore faire une IMG qui sera chirurgicale, c'est à dire la même technique que pour les interruptions de grossesse qui se font jusque 14 semaines. Pour cela, il faut que la décision soit prise relativement tôt. Cela arrive quand l'examen morphologique montre une anomalie très sévère ou quand la

nuque épaisse est vue et que les résultats des analyses sont très rapides ou encore, dans les cas où un couple se sait porteur, par exemple de la drépanocytose. Même dans ces conditions, l'IMG chirurgicale n'est pas forcément le premier choix parce qu'elle nuit à l'examen fœtopathologique. Dans certains cas, la fœtopathologie doit être privilégiée et la technique médicale sera utilisée même si on est dans les premières semaines de grossesse.

Par exemple, on voit sur l'échographie ci-dessous une extrême brièveté et déformation des membres.



A 12 semaines, on voit déjà bien que ce bébé a une anomalie du squelette, ce qu'on appelle les dysplasies squelettiques. Un bilan va être réalisé (biopsie trophoblastique, FISH, CGH), mais les examens sont normaux parce que dans les dysplasies squelettiques il n'y a pas toujours d'anomalies génétiques. Ce couple face à cette pathologie sévère décide d'une IMG. On attend les examens et on est à 15 semaines de grossesse. On leur explique l'importance d'avoir un examen anatomopathologique et encore plus d'avoir une radio du squelette post mortem du fœtus.

On voit alors que ce fœtus n'a presque pas dos du crâne, qu'il a des fractures costales et que les fémurs sont déformés et irréguliers. Il a en fait une ostéogénèse imparfaite très sévère, cela va orienter les recherches génétiques et cela démontre l'importance parfois, de faire des examens post mortem du fœtus.



Un examen à l'échographie du premier trimestre qui montre une nuque normale et qui ne nous inquiète pas, est aussi possible. La patiente fait un NIPT à 12 semaines et les résultats reçus deux semaines plus tard, soit vers 14 semaines, montre une anomalie du chromosome 21. Les ponctions du liquide amniotique

ne sont réalisées qu'à partir de 16 semaines de grossesse et on refait un examen échographique complet. On voit alors un canal atrio ventriculaire qui est une malformation cardiaque typique de la trisomie 21. Le couple décide une interruption de grossesse et on va la faire par technique médicale même si le bilan est complet et les examens complémentaires inutiles. A l'heure actuelle, la technique médicale d'induction du travail est utilisée dans tous les cas dès qu'on est au-delà de 13 semaines terminées. Mais la dilatation/évacuation existe ainsi que l'hystérotomie mais qui doit rester absolument exceptionnelle. Il s'agit d'un genre de césarienne qui va fragiliser à vie l'utérus de la patiente et compliquer tout son suivi obstétrical. La technique chirurgicale consiste à vider l'utérus par aspiration. La technique médicale va provoquer une expulsion comme si on déclenchait un accouchement.

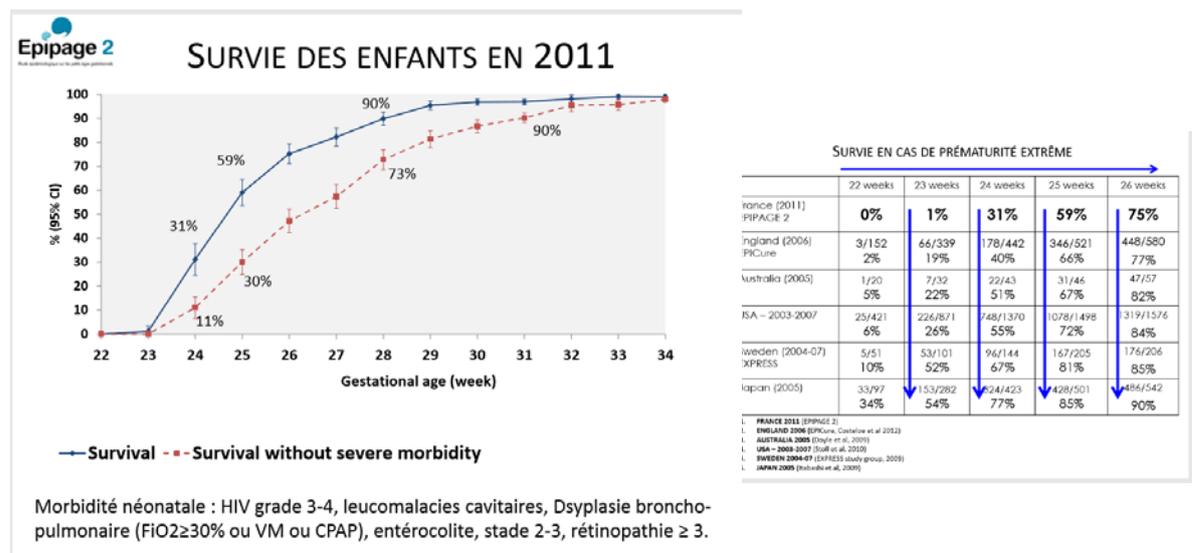
L'échographie du deuxième trimestre est le deuxième moment pour dépister les malformations. Cette échographie se fait entre 18 et 22 semaines. En Belgique, ce sera plutôt vers 21 – 22 semaines alors que chez les anglo-saxons, c'est plutôt entre 18 et 20 semaines. C'est ce qu'on appelle l'examen morphologique. On dépiste des malformations cardiaques, on examine la colonne vertébrale et les membres mais aussi les reins, le foie, etc. C'est un moment important évidemment pour les couples qui viennent voir ce bébé puisque en particulier avec l'échographie 3D, où les images très réalistes augmentent probablement un peu le lien et la sensation de voir son bébé. Si jamais le sexe n'a pas été défini précédemment, cela se voit très bien à l'échographie du deuxième trimestre.

Lors de cette échographie, on va aussi dépister des pathologies sévères qui n'ont pas été détectées au premier trimestre parce qu'elles n'étaient pas détectables, ou parce que certaines patientes n'ont pas fait d'échographie au premier trimestre. Les pathologies sévères détectées peuvent être une cardiopathie complexe pour laquelle il n'y a pas de traitement curatif mais seulement palliatif pour l'enfant, un myeloméningocèle, une hernie diaphragmatique très sévère, des syndromes polymalformatifs. C'est évidemment un grand bouleversement pour le couple mais aussi pour celui qui est en train de faire l'échographie, même si c'est incomparable. Lorsque l'on découvre une pathologie sévère, on fait une ponction du liquide amniotique, une recherche génétique mais aussi parfois une recherche d'infections comme le cytomegalovirus et la toxoplasmose. On doit réunir un ensemble d'informations et souvent demander l'avis de référents. Par exemple, si c'est une cardiopathie, on travaillera avec un cardiologue pédiatre et quand ce sont des pathologies multiples on se réunira en équipe multidisciplinaire pour pouvoir donner aux parents, une information la plus précise, la plus complète et personnalisée possible. C'est une tâche compliquée d'accompagner ces couples et cela doit être fait avec un soutien psychologique. Nous ne pouvons réussir qu'en travaillant avec des psychiatres et des psychologues mais aussi en équipe parce que ce sont des situations très lourdes pour les parents mais aussi pour les professionnels qui les accompagnent. La pluridisciplinarité est certainement la clé de voûte de ce travail.

Quand on découvre ces pathologies et que les couples viennent avec un choix éclairé d'IMG, la grossesse est déjà très avancée, 24 semaines voire plus. C'est un moment un peu compliqué pour les obstétriciens. Si on suit les recommandations de l'OMS dans la prise en charge des prématurés, on leur demande, en cas de menace imminente d'accouchement prématuré, de déjà fournir un traitement, en particulier la corticothérapie prénatale à partir de 24 semaines. Cela signifie qu'à ce stade, s'il n'y a aucune malformation, les prématurés seront pris en charge par les pédiatres à la naissance puisqu'on les aura préparés en diminuant la détresse respiratoire à l'aide de corticoïdes.

Pourquoi cet âge de 24 semaines ? On a vu que les organes se forment assez rapidement après la fécondation mais il y a ensuite une maturation qui se fait dans les semaines qui suivent. Au niveau pulmonaire, il faut attendre le stade sacculaire de production de surfactants. Les prématurés présenteront une détresse respiratoire mais il sera alors possible de les ventiler, alors qu'en deçà de 24 semaines, il est extrêmement compliqué de le faire. En effet, il n'y a pas de passage d'air, il n'y a pas suffisamment de vaisseaux autour des alvéoles, tout cela n'est pas formé.

Si on regarde l'étude Epipage2² qui étudie la survie des enfants en 2011 en France, on voit qu'il n'y a quasiment pas de survie des enfants de 22-23 semaines. A partir de 24 semaines, 31% des enfants sortent vivants de leur hospitalisation en centre néonatal mais seuls 11 % n'ont pas de morbidité associée. Ce n'est donc pas une situation enviable. On voit qu'on s'est amélioré et que la médecine a fait beaucoup de progrès, en tous cas pour la survie mais même pour la morbidité surtout à partir de 24 semaines, alors que l'on n'a pas beaucoup progressé pour les 22-23 semaines.



² Etude épidémiologique sur les petits âges gestationnels. INSERM, 2015.
<https://epipage2.inserm.fr/index.php/fr/component/content/article?id=168>

Il y a néanmoins un biais de sélection parce que les pédiatres font aussi le choix de ne pas réanimer des bébés aussi petits. Ce n'est pas vrai partout. Quand on parle de limites de viabilité, il y a une évolution dans le temps et une amélioration des techniques mais il y a aussi des différences selon les pays. On voit dans l'étude Epipage³, qu'au Japon par exemple, ils arrivent à faire survivre un nombre assez important de 22-23 semaines. On ne sait évidemment pas dans quelles conditions et on ne parle pas ici de morbidité associée.

A partir de 22-23 semaines, les enfants quand ils naissent vivants, même si on ne les réanimera pas, présentent des signes de vie assez perturbants pour les parents et pour les équipes qui les prennent en charge. On discutera de cela pour les IMG à partir de 22-23 semaines. C'est incontournable à partir de 26 semaines puisque c'est l'âge légal de la déclaration de naissance obligatoire. Si la maladie est létale et qu'on est sûr que l'enfant ne va pas survivre plus que quelques minutes ou quelques heures, les parents ne sont pas obligés de faire un foeticide ; mais on ne devrait pas se trouver avec un enfant né vivant qui ne décède pas. Il serait évidemment tout à fait condamnable de poser un geste qui arrête sa vie. C'est pour ça qu'on fait un foeticide qui évite l'expulsion du fœtus vivant et qui diminue aussi la durée de l'expulsion, ce qui n'est pas négligeable. On le réalise sous anesthésie locale, avant l'induction du travail. On fait une injection de sufentanyl, qui est un anesthésique, pour endormir le fœtus et ensuite on injecte du KCL en intracordal ou intracardiaque, ce qui va provoquer un arrêt cardiaque.

Parfois c'est seulement à l'échographie du troisième trimestre qu'on détecte une pathologie, par exemple, la découverte d'une hémorragie cérébrale stade 4 qui révèle un pronostic neurologique très sévère, un bilan hydramnios syndrome de Di George, un immobilisme fœtal syndrome Prader Willi avec retard mental sévère, une achondroplasie qui est une forme de nanisme. L'achondroplasie est une forme de dysplasie squelettique qui est compatible avec la vie mais pour certains parents, cela peut motiver une demande d'interruption médicale de grossesse. Cela peut être discuté mais ce n'est détecté, la plupart du temps, qu'au troisième trimestre. On verra les os longs trop courts et une tête trop grosse ce qui fera penser à ce diagnostic. On recherche alors très facilement la mutation mais on est quand même souvent alors à 33 ou 34 semaines. Il faut tenir compte d'une fragilité plus grande de l'utérus au troisième trimestre et du fait que l'on fait bien sûr un foeticide. Les doses de misoprostol utilisées sont adaptées et sont semblables à celles données lors du déclenchement d'un accouchement normal à terme.

En Belgique, l'indication d'IMG repose sur un cadre législatif bien défini et une procédure collégiale bien codifiée. Les indications sont la santé de la mère ou une affection fœtale d'une particulière gravité et cela peut être fait au-delà de 12 semaines sans limite d'âge gestationnel. Par ailleurs, un médecin et une patiente ne peuvent pas décider seuls d'une interruption médicale de grossesse, il faut au

³ Ibid.

moins l'accord de deux médecins. La loi demande une période de réflexion de 6 jours et autant cela peut poser problème dans le cas des interruptions volontaires de grossesse, autant c'est important dans ce cadre. Ce sont en général des grossesses désirées et c'est une démarche tout à fait différente de prendre un choix aussi compliqué. Il semble normal que la réflexion soit profonde. Ces IMG ne sont pas du tout possibles pour des anomalies mineures, deux médecins ne signeraient pas, ni par exemple, pour une raison de choix de sexe. Ce qui est important et qui ne doit pas changer, c'est que tout être humain acquiert une personnalité juridique au moment de sa naissance s'il naît vivant et viable. Pour faire un foeticide, nous avons besoin de la signature de la maman. C'est la mère qui a la responsabilité du fœtus qui lui n'a pas d'existence légale.

En conclusion, dans la majorité des cas une décision d'IMG est prise alors que la grossesse était désirée. Ce bébé prend une place énorme dans la psyché des parents et la malformation va tout faire basculer. Nous avons besoin de temps pour pouvoir obtenir un bon diagnostic et un pronostic le plus précis possible, pour informer les parents afin qu'ils puissent faire un choix éclairé, même si ce temps leur paraît parfois interminable.

Echanges avec la salle

- *Vous avez mentionné que l'organogénèse se termine à 8 semaines de grossesse, il me semble qu'avant nous considérions qu'elle se terminait à la fin du premier trimestre, c'est à dire à 13 semaines d'âge post-menstruel. L'avantage de cette définition ancienne est d'une part, de ne pas mettre dans la tête des opposants à l'avortement qu'un enfant est constitué à partir de 8 semaines et d'autre part, de ne pas prendre le risque que les femmes et les médecins pensent qu'après 8 semaines, la prise d'un médicament tératogène n'aurait plus ou pas d'effet notable.*

En fait quand les embryologistes parlent de 8 semaines, c'est en fait déjà 10 semaines. Si on compte en semaines d'aménorrhée comme les gynécologues, on est embryon jusque 10 semaines et on devient fœtus à 11. C'est un continuum. Les organes sont là mais pour la majorité d'entre eux, le fonctionnement n'est pas possible. Ce qui compte surtout c'est la viabilité. Je comprends l'intérêt de parler de 13 semaines mais malheureusement les définitions d'embryologie sont claires : embryon jusque 10 semaines d'aménorrhée et fœtus à partir de 11.

- *Dans les débats à la Chambre, certains experts, repris par certains parlementaires notamment de l'opposition, veulent ajouter dans la définition légale la possibilité de réaliser des IMG pour des raisons psychosociales. Qu'est-ce que vous en pensez ?*

Nous trouvons que la loi sur l'IMG est assez confortable puisqu'on n'a pas de limite d'âge et qu'une maladie sévère pour la mère peut être une maladie psychiatrique sévère. Si on considère que la poursuite d'une grossesse chez une femme qui présente des problèmes psychiatriques est grave, c'est une indication. Nous ne souhaitons pas tellement de modification de la loi à ce niveau.

- *Existe-t-il une liste des pathologies ou c'est laissé à l'appréciation des médecins ?*

On peut trouver une liste de pathologies, de maladies incurables. Les français sont particulièrement précis puisque chez eux, chaque cas passe par un Centre Pluridisciplinaire de Diagnostic Prénatal (CPDPN). Pour eux, dès qu'il y a problème mental, l'IMG est assez bien acceptée. Mais ils sont parfois plus restrictifs que nous. Par exemple, si nous détectons l'absence d'un membre, on ne poussera pas le couple à interrompre la grossesse mais nous sommes ouverts à la discussion, particulièrement si on sait que l'enfant devra subir de nombreuses opérations orthopédiques et qu'il aura beaucoup de difficultés. On tient compte de l'avis des parents. Cela ne signifie pas que nous acceptons de pratiquer une interruption de grossesse si, par exemple, il y a absence d'un doigt ou une petite fente labiale. Avec la loi actuelle, nous pouvons avoir des guidelines à suivre et nous avons aussi une possibilité de nous accorder avec les parents pour respecter au plus près leur choix.

- *Nous risquons d'arriver à la reconnaissance du fœtus. Est-ce que cela va mettre à mal votre travail?*

Cela risque effectivement d'être beaucoup plus coercitif. C'est pour cela que nous considérons avoir une bonne loi pour l'instant, en tout cas en ce qui concerne l'IMG.

- *Le confort dans lequel les francophones se trouvent n'est pas forcément celui de la partie néerlandophone du pays qui est beaucoup plus restrictive.*

Effectivement. Par exemple, nous avons eu un cas de Prader Willi (maladie génétique qui provoque du retard mental, des comportements alimentaires très difficiles à gérer et des enfants très obèses) pour lequel nous avons dû interrompre la grossesse, la patiente venait de Flandre et le pédiatre, qui fait partie des professionnels qui doivent donner leur avis dans cette région, avait refusé l'intervention. La patiente nous a alors été envoyée par son gynécologue.

- *J'ai un peu de mal à comprendre le concept de viabilité. A partir du moment où il faut réanimer des fœtus de 22-24-26 semaines, avec un taux de survie à 30% voire moins, que signifie la viabilité quand il faut faire ce qu'on appellerait, en fin de vie, de l'acharnement thérapeutique?*

Ce sont des notions qui sont relativement floues, ce qui explique d'ailleurs que les chiffres français ou belges ne sont pas les mêmes que les japonais. Pour nous, réanimer des fœtus de 22-23 semaines avec probablement une morbidité relativement importante, c'est un peu de l'acharnement thérapeutique. Cela va peut-être aussi changer dans le temps avec la découverte de nouvelles techniques, des nouveaux médicaments qui vont faire descendre plus bas la possibilité de viabilité. Cela dépend aussi du lieu de naissance, le seuil de viabilité n'est pas le même dans un pays avec peu d'infrastructures de soins performantes.

- *Mais sans intervention, on peut dire que le seuil de viabilité "naturelle" est plutôt à 7-8 mois?*

C'est vrai mais on n'en parle pas parce que si vous voulez donner des soins et de l'oxygène - des techniques qui paraissent simples - elles seront proposées à tous les enfants à partir de 24 semaines et sans doute qu'ensuite à 32 semaines, ils n'auront plus besoin que d'une petite quantité d'oxygène. Même à 32 semaines, une série d'enfants aura besoin de plus de soins et d'oxygène. Ceci dit, il vaut mieux naître à 40 semaines qu'à 32, ce n'est pas de la grande prématurité mais il y a de la morbidité, un apport d'oxygène et des séjours en néonatalogie. Il n'y a pas de coupure très nette et c'est bien ce qui est compliqué. La sage-femme qui s'est occupée hier d'un prématuré très mal de 25 semaines, doit aujourd'hui être aussi correcte et attentive en soutenant une famille qui décide d'interrompre une grossesse à 35 semaines pour un Prader Willi. Nous pouvons être tiraillés non seulement par les limites de la viabilité mais aussi par le choix des familles. Devant la même pathologie, des familles choisissent des solutions radicalement opposées et on doit les respecter, tout en connaissant un peu la loi et en les aidant sans trop se mettre en difficulté.

- *La loi belge nous permet effectivement de travailler correctement dans la majorité des cas. Mais il se fait qu'il y a entre 500 et 1 000 femmes belges qui doivent aller à l'étranger pour une interruption de grossesse tardive. La majorité d'entre elles, souvent mal insérées dans la société, sont démunies d'un point de vue matériel, financier et intellectuel. Je crois que la loi doit être obligatoirement modifiée et inclure l'indication psychosociale contraignante.*

Je suis tout à fait d'accord avec vous.

Protocoles pour les interruptions volontaires de grossesse du premier trimestre

Isabelle BOMBOIR, GACEHPA (Bruxelles)

Les protocoles du Groupe d'Action des Centres ExtraHospitaliers Pratiquant l'Avortement (GACEHPA) ont été élaborés en 2014 sur base des guidelines et de la pratique sur le terrain. Un ensemble de praticiens, médecins et accueillant.e.s, s'est concerté pour trouver un consensus et harmoniser la pratique des différents centres extrahospitaliers. L'objectif était aussi d'avoir un cadre de référence pour les jeunes médecins en formation.

L'avortement chirurgical

L'avortement chirurgical est pratiqué dans nos centres jusqu'à 14 semaines même si la technique utilisée pourrait être utilisée jusqu'à 16 semaines moyennant une adaptation du matériel. Nous restons dans le respect des dispositions légales, soit 14 semaines d'aménorrhée. Le protocole ne stipule pas de limite inférieure, on peut le faire quel que soit l'âge de la grossesse, en-deçà du délai légal, dès qu'on a un diagnostic de grossesse intra-utérine. On se réfère aux mesures échographiques du sac gestationnel, de la distance cranio-caudale, du diamètre bipariétal. On fait systématiquement un dépistage des infections sexuellement transmissibles locales (IST) pour éviter les risques de complications infectieuses. Cela peut être intéressant, en fonction du contexte, de proposer aussi un dépistage des autres IST, sans que cela ne doive être imposé.

Le geste technique de l'aspiration doit être maîtrisé, relativement rapide, efficace avec un contrôle maximal de la douleur. On a toute une série d'aides : la prémédication, l'accompagnement et l'anesthésie évidemment. L'accompagnement est une caractéristique essentielle des équipes de centres extrahospitaliers, dans le non jugement et dans l'accueil des patientes.

Dans le protocole, il y a deux choix pour le moment pour la prémédication. On donne un comprimé de Mifégyne® (mifépristone) 24 à 48 heures avant l'aspiration, en général 36 heures. On passe à 24 heures quand la grossesse se situe entre 12 et 14 semaines. L'autre possibilité, la méthode initialement utilisée en fait, est de donner deux comprimés de Cytotec® (misoprostol) par voie vaginale, trois heures avant l'aspiration.

Toutes les patientes reçoivent des antidouleurs (1gr de paracétamol et un anti-inflammatoire non stéroïdien, souvent de l'ibuprofène). On peut proposer également, en fonction de la patiente, un anxiolytique. La gestion de la douleur nous importe beaucoup. Tous les gestes qu'on va poser, surtout les premiers, détermineront le seuil de la douleur. Si le premier contact est un geste douloureux, par exemple une pause du spéculum trop brusque, le seuil de douleur démarre haut et tous les gestes suivants ne feront qu'augmenter la douleur. Si on commence avec un geste doux, par exemple poser la main sur la patiente, on démarre avec un seuil de douleur beaucoup plus bas et on n'arrivera pas au même niveau de douleur in fine. La désinfection du vagin doit

aussi se faire doucement en tamponnant avec les compresses plutôt qu'en frottant. Tout le matériel est évidemment stérilisé.

On recommande l'anesthésie intra cervicale myométriale profonde pour essayer d'arriver jusqu'au fond utérin et avoir une anesthésie de toute la paroi utérine. On endort par petits points de seringue le col utérin pour pouvoir mettre la pince de Pozzi et maintenir l'utérus en position pour faire l'injection intra cervicale dans la profondeur de l'utérus. Ensuite, on passe à la dilatation avec les dilatateurs progressifs, et à l'aspiration. C'est un geste qui doit être doux mais suffisamment rapide. On choisit une canule 1 à 2mm inférieur à l'âge de la grossesse. On l'introduit dans l'utérus avec un petit mouvement de rotation et on aspire l'intérieur. Les dilatateurs vont jusque 13 mm mais il en existe de plus grands. On peut utiliser la technique d'aspiration jusqu'au moins 16 semaines et on pourrait le faire dans nos centres si la loi le permettait.

Avec la Mifégyne[®], on a une dilatation du col déjà importante et on ne doit pas utiliser trop de dilatateurs mais on peut les passer les uns à la suite des autres, si la dilatation n'est pas suffisante, en respectant le nombre de mm. La canule est reliée à un manchon en métal qui relie un tuyau à la pompe. Certains utilisent encore l'hystéromètre pour mesurer l'utérus mais c'est une manœuvre inutile.

On contrôle la vacuité utérine par échographie et on ne fait plus de curetage après l'aspiration. Si on a un doute, on peut faire une échographie par voie abdominale si on a un bon échographe ou par voie vaginale en respectant la stérilité du matériel.

L'avortement médicamenteux

On utilise la méthode médicamenteuse en Belgique depuis 2002. De nombreuses adaptations ont été faites et nous sommes à nouveau en train de réfléchir à une modification de nos pratiques. Le GACEHPA a d'ailleurs organisé une formation continue et invité des praticiens français et des personnes investies dans la diffusion par internet de la Mifégyne[®] dans les pays où c'est illégal. On voit que la pratique de la méthode médicamenteuse est très répandue.

Aujourd'hui, il est recommandé d'aller jusqu'à 56 jours d'aménorrhée, soit sept semaines le jour du premier rendez-vous et huit semaines le jour de la prise de Cytotec[®]. On utilise une synergie de mifépristone et de misoprostol (Mifégyne[®] et Cytotec[®]) à 48 heures d'intervalle. La Mifégyne[®] bloque les récepteurs de la progestérone. On entend encore souvent dire que la Mifégyne[®] va arrêter la grossesse ou le développement de l'embryon mais cela n'a pas cette action directe. Elle agit sur le muscle utérin et empêche la progestérone d'agir. La progestérone est l'hormone sécrétée en début de grossesse pour la maintenir et empêcher l'utérus de se contracter. Cela va aussi ouvrir le col et le rendre plus souple. Il faut 48h pour que tous les récepteurs soient bien bloqués et on ajoute alors le misoprostol (Cytotec[®]) qui est une prostaglandine qui va provoquer des contractions de l'utérus. L'utérus va saigner et la patiente va faire une fausse-couche.

Le taux d'efficacité est de 98-99% dans ce timing. Le dosage a changé depuis le début. On utilise maintenant un comprimé de 200mg de mifépristone suivi de 4 comprimés

de misoprostol en une prise par voie vaginale ou jugale (on laisse fondre dans les joues). Il n'y a pas vraiment de risque à pratiquer cette méthode.

Le GACEHPA recommande aujourd'hui que les patientes prennent la Mifégyne® à domicile et qu'elle vienne au centre pour le misoprostol. Cela reste discuté mais l'idée est de garder notre spécificité d'accueil et donc de garder un lieu d'accueil possible même si un bon nombre de patientes à envie que toute la procédure se déroule à domicile. Ce n'est pas tout à fait possible dans notre protocole et dans la procédure de remboursement INAMI. Comme il n'y a pas de risque, on pourrait tout à fait imaginer que tout se passe à domicile. Garder un lieu d'accueil est néanmoins important, notamment parce que parfois les contractions peuvent être très douloureuses et, cela n'arrive pas souvent, mais cela laisse la possibilité de faire une aspiration pour ces patientes.

Il est important de ne pas considérer la méthode médicamenteuse comme une alternative à la pénurie de médecins qui peuvent faire des avortements par aspiration. Cela doit vraiment rester un choix de la patiente.

Le suivi

Nous proposons à toutes les patientes d'avoir un suivi psychologique si nécessaire et un contrôle médical 15 jours plus tard. Seules 60% des patientes reviennent. On pourrait imaginer de moins systématiser ce contrôle absolu au niveau médical, de rester disponible par téléphone et de leur donner plus de recommandations pour savoir quand elles doivent s'inquiéter et venir. Le contrôle médical de suivi sert à vérifier, par échographie, qu'il n'y a pas de rétention. C'est aussi le moment d'aborder la contraception à mettre en place. Toutes les contraceptions peuvent être commencées le jour de l'avortement. Le dispositif intra-utérin peut être placé en même temps que l'aspiration mais pas le jour de l'expulsion avec la méthode médicamenteuse.

Les rétentions ne sont pas très documentées. C'est fonction de la clinique, de l'image échographique et peut-être du praticien. La rétention, c'est quand on a une image qui présente quelques caillots, quelques parties de membranes qui peuvent rester à l'intérieur de l'utérus. C'est difficile d'avoir un diagnostic précis avec nos échographes. Il y a trois cas de figure. En fonction de la clinique et de l'image échographique, on ne fait rien et on attend les prochaines règles pour revoir la patiente. Si la patiente saigne beaucoup, on lui donne à nouveau du Cytotec® pour essayer que l'utérus se vide spontanément. On revoit la patiente une semaine ou quinze jours plus tard. La dernière possibilité, c'est de faire une aspiration.

Echanges avec la salle

- Dans la préparation pour l'aspiration, vous avez parlé de choix entre la Mifégyne® et le Cytotec®. Est-ce qu'il y a une préférence, notamment pour les très jeunes filles?

Maintenant qu'on a le choix, on voit clairement que la Mifégyne® permet d'avoir un utérus beaucoup moins douloureux, moins contracté. Si on doit faire un choix, il est

malheureusement souvent financier : la Mifégyne® coûte 25,00€ le comprimé et le Cytotec® 0,50€ le comprimé. Comme les patientes ne payent pas leur prémédication, c'est compris dans le forfait, le surcoût est supporté par le centre. On donnera peut-être plus facilement la Mifégyne® à des patientes primipares, plus jeunes et certainement entre les 12 et 14 semaines. On la donnera aussi si le col a été remanié suite à une intervention chirurgicale. L'objectif serait quand même de passer à la Mifégyne® pour toutes les patientes.

- *Dans l'avortement par aspiration, si on veut utiliser la Mifégyne®, il faudrait la mettre 24 à 48h avant l'aspiration et aussi utiliser 2 comprimés de Cytotec®?*

Non pas de Cytotec® en plus, c'est l'un ou l'autre.

- *Pour les DIU on peut les mettre le jour même juste après l'aspiration?*

Oui et c'est même recommandé puisque c'est la voie ouverte pour le placer. Il y a un tout petit peu plus de rejets mais non significatifs.

- *Comme on sait que 40 % des patientes ne reviennent pas à leur rendez-vous de suivi, il vaut beaucoup mieux le mettre tout de suite lorsque l'aspiration s'est bien passée. Il y a deux fois plus d'expulsion mais ce chiffre est négligeable par rapport aux 40% qui ne vont pas revenir. Quand on regarde un an après, il y aura beaucoup plus de patientes enceintes chez les patientes sans DIU.*

- *Est-ce qu'il y a une obligation à donner la Mifégyne® dans le centre?*

Non. Il y a un arrêté royal qui détermine la délivrance de la Mifégyne® dans lequel on parle d'administrer le médicament par un médecin dans un centre agréé et dans le respect de la loi. Il n'est pas indiqué que la patiente doit le prendre devant le médecin. La question est ouverte dans le protocole. Certains centres demandent encore à la patiente de revenir chercher la Mifégyne®. Dans la majorité des centres, les patientes reçoivent leur comprimé le jour où elles viennent demander l'avortement et le prennent chez elles.

- *Est-ce que les médecins de l'hôpital Saint-Pierre recensent les complications des avortements par aspiration ou médicamenteux qui seraient référés aux hôpitaux par les centres extrahospitaliers ?*

Ce n'est pas répertorié aux urgences. Nous avons quand même régulièrement des patientes qui viennent après des IVG médicamenteuses avec des saignements importants et qu'on doit aspirer. C'est d'ailleurs décrit dans les complications.

- Ce serait intéressant qu'au moins les hôpitaux présents ici, le signalent au centre quand ils ont ce genre de cas. Ce serait une collaboration positive.

C'est une très bonne idée.

- Est-ce qu'il s'agit de gestes techniques difficiles d'un point de vue médical?

Ce n'est pas un geste très compliqué en soi, c'est assez simple à pratiquer. Les médecins qui sortent de l'ULB et qui sont formés par le GACEHPA viennent une demi-journée par semaine pendant deux ans. Tous les 6 mois, ils changent de centre et de praticien. Il n'y en a pas beaucoup qui tiennent. Ce n'est pas à cause de la difficulté du geste, mais pour toute une série d'autres phénomènes personnels et peut-être éthiques et philosophiques. C'est difficile de le savoir. C'est quelque chose qui reste très tabou dans la société donc ce n'est pas facile de reconnaître qu'on fait des avortements. Ce n'est ni valorisé, ni très bien payé. Cela fait aussi partie de la difficulté.

- Le Cytotec® va être retiré du marché en France, qu'en est-il en Belgique?

Ce n'est pas la même firme qui le commercialise en Belgique et elle n'a pas prévu d'arrêter pour l'instant. Si cela devait être le cas, un autre médicament existe mais plus cher.

Protocoles des organisations internationales

Anne VEROUGSTRAETE, Sjerp Dilemma VUB

Je présenterai d'abord les chiffres belges des interruptions volontaires de grossesse (IVG) pratiquées en centres extrahospitaliers.

| | LUNA | CPF GACEHPA | CPF FPS | Totaal per jaar |
|------|------|-------------|---------|-----------------|
| 2012 | 6792 | 7754 | 1190 | 15736 |
| 2013 | 6893 | 8009 | 1354 | 16256 |
| 2014 | 6880 | 7509 | 1369 | 15758 |
| 2015 | 7036 | 7511 | 1394 | 15941 |
| 2016 | 6771 | 6852 | 1524 | 15147 |
| 2017 | 6874 | 6441 | 1776 | 15091 |

Il y a une légère augmentation dans les centres des Femmes Prévoyantes Socialistes (FPS) et une stabilisation dans les centres néerlandophones (LUNA), mais on voit globalement une diminution du nombre d'interventions. Ces chiffres ne concernent que les centres extrahospitaliers et nous ne pouvons pas savoir si la tendance est générale et si c'est le cas, si elle est due à une augmentation des IVG en milieu hospitalier ou dans des centres privés.

Je vais maintenant procéder à un petit tour d'horizon des différents protocoles internationaux en matière d'interruption volontaire de grossesse médicamenteuse.

Lorsque l'on parle d'IVG médicamenteuse, nous parlons de deux médicaments connus sous les noms de Mifégyne[®], ce qui correspond à 1 comprimé de 200mg de mifépristone, et de Cytotec[®], soit 1 comprimé de 200µg de misoprostol.

Recommandations de la Haute Autorité de Santé (HAS) - France

La Haute Autorité de Santé (HAS)⁴ en France est la seule au monde à continuer à prôner un schéma différent de toutes les autres organisations internationales. Leur protocole vient d'être adapté en 2018 et reprend toujours 3 comprimés de mifépristone et 2 comprimés de misoprostol[®] 36 à 48 heures après, le tout par voie orale. L'alternative propose 1 comprimé de mifépristone et 36 à 48h après, un ovule de géméprost (prostaglandine) par voie vaginale, ce dernier n'étant disponible qu'en hôpital. C'est un schéma obsolète qui n'est d'ailleurs pas suivi par les praticiens français.

⁴ <https://www.has-sante.fr/portail/>

Les points d'attention et de vigilance recommandés par la HAS sont les suivants: la femme doit être informée du risque d'échec et des effets tératogènes du misoprostol, il ne faut pas utiliser des doses de misoprostol de plus de 400µg et il ne faut pas recourir au misoprostol par voie vaginale.

La HAS mentionne comme événements indésirables les plus fréquents : les douleurs pelviennes, les métrorragies, les nausées et vomissements, la diarrhée, les saignements utérins abondants nécessitant un curetage hémostatique dans 0 à 5% des cas selon les études. La HAS mentionne également les risques liés à une utilisation hors Autorisation de Mise sur le Marché (AMM), à savoir le choc toxique et septique infectieux après administration par voie vaginale de comprimés destinés à la voie orale, infarctus du myocarde et accidents vasculaires cérébraux, principalement après utilisation de doses très élevées. Effectivement, une jeune femme est décédée au Portugal après avoir pris une trentaine de comprimés de misoprostol.

Des décès par clostridium ont eu lieu aux Etats-Unis après des IVG médicamenteuses, mais c'est arrivé également après des fausses couches, des accouchements, des hystérectomies, même sans recours au misoprostol. C'est un microbe particulièrement virulent dans certaines régions des Etats-Unis, même chez des hommes et sans utilisation vaginale du misoprostol.

Ces femmes se sentaient très malades, mais n'avaient ni rétention ni fièvre et présentaient les symptômes suivants : un rythme cardiaque élevé, une hypotension, un taux de globules blancs extrêmement élevé, des douleurs abdominales, des problèmes respiratoires. Finalement, les dysfonctionnements de nombreux organes menaient au décès.

Recommandations de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS)⁵, du Royal College of Obstetricians and Gynaecologists (RCOG)⁶ - Royaume-Uni et de la National Abortion Federation (NAF)⁷ - Etats-Unis

L'OMS préconise **jusqu'à 9 semaines**, 200 mg de mifépristone par voie orale et après 24 à 48 heures, 4 comprimés de misoprostol, par voie vaginale, linguale ou sublinguale. Jusqu'à 7 semaines, le misoprostol peut encore être administré par voie orale.

Le RCOG ne parle plus d'utilisation orale et conseille, jusque 9 semaines, 1 comprimé de 200mg de mifépristone et 24 à 48h après, 4 comprimés de

⁵ OMS. Recommandations 2013.

http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/78413/9789242548433_fre.pdf;jsessionid=7FDBE644AE3EEBFEE44170A92D628BC?sequence=1

⁶ RCOG. Recommandations 2015.

<https://www.rcog.org.uk/globalassets/documents/guidelines/best-practice-papers/best-practice-paper-2.pdf>

⁷ <https://prochoice.org/education-and-advocacy/cpg/>

misoprostol par voie vaginale, buccale ou sublinguale. Pour une utilisation à domicile, il recommande uniquement 4 comprimés.

Toutes les recommandations parlent bien de 24 à 48h et non plus de 36h.

Aux Etats-Unis, sans doute à cause de la pénurie de médecins pratiquant des IVG et au vu d'études portugaises, ils ont augmenté l'autorisation d'IVG médicamenteuse **jusqu'à 10 semaines à domicile**. Ils utilisent 200 mg de mifépristone et, 24 à 48 heures après, 4 comprimés de misoprostol par voie buccale, vaginale ou sublinguale. Ils précisent que si l'intervalle entre la mifépristone et le misoprostol est de moins de 24h, il est important d'utiliser la voie vaginale qui est un peu plus efficace que les autres.

Dans de nombreux pays, le misoprostol est donc utilisé à domicile jusqu'à 9 semaines. En France, c'est jusque 7 semaines à domicile et ensuite à l'hôpital. En Italie, les femmes sont obligées d'être hospitalisées de la prise de mifépristone jusqu'à l'expulsion. Ceci explique que peu de femmes ont recours à une IVG médicamenteuse. En Belgique, les femmes sont obligées de se trouver dans un centre extrahospitalier pour l'expulsion. Aux USA et au Portugal, c'est possible à domicile jusqu'à dix semaines d'aménorrhée.

Dans les centres de LUNA⁸, nous avons eu beaucoup de grossesses évolutives quand nous sommes passés de trois comprimés à un seul de mifépristone parce qu'on utilisait la voie orale pour administrer le misoprostol. Il ne faut plus le faire même si c'est encore accepté dans le protocole de l'OMS.

⁸ Centres extrahospitaliers belges néerlandophones pratiquant l'avortement.
<https://www.abortus.be/>

Ci-dessous, un récapitulatif des recommandations pour les grossesses jusque 9 semaines.

IVG médicamenteuse => 63 jours = 9 semaines d'aménorrhée

- Mifépristone 200 mg (1co) per os
- Le lendemain (24h) ou surlendemain (48h) : misoprostol 800µg (4co) **par voie vaginale** (de préférence) ou sublinguale* ou encore buccale**
- Si aucune perte de sang (ou moins que des règles) après 3 à 4h => éventuellement ajouter 400µg (2co) per os de misoprostol (cela va accélérer l'expulsion, mais n'influence pas le % de réussite)

*Misoprostol par voie sublinguale : laisser fondre 4co pendant 1/2h sous la langue et avaler ensuite ce qui reste

**Misoprostol par voie buccale : laisser fondre 2co pendant 1/2h dans chaque joue, et avaler ensuite ce qui reste (méthode utilisée à Erasme)

COMMENTAIRES

La voie vaginale d'administration du misoprostol est à privilégier

Elle est la plus efficace pour moins d'effets secondaires gastro-intestinaux (RCOG).
Mais certaines femmes préfèrent néanmoins la voie orale

- Si l'intervalle entre la mifépristone et le misoprostol est < à 24h => **utiliser la voie vaginale** (NAF)

Jusque 12 semaines, l'OMS (2012-2013) conseille 200mg de mifépristone et 36 à 48 heures plus tard, 4 comprimés de misoprostol par voie vaginale et ensuite, maximum 4 doses successives de 400µg toutes les trois heures, par voie vaginale ou sublinguale. Les Anglais utilisent la même méthode que pour les IVG jusqu'à 9 semaines, soit 200mg de mifépristone et de 24 à 48h plus tard, 4 comprimés de misoprostol par voie vaginale, buccale ou sublinguale, suivis de maximum 4 doses de 400µg par voie orale ou vaginale toutes les 3h jusqu'à l'expulsion. Les Américains n'utilisent plus du tout la voie orale, mais la voie vaginale, buccale ou sublinguale.

Pour les grossesses de **plus de 12 semaines**, l'OMS utilise 36 à 48 heures après la mifépristone, 400µg de misoprostol par voie orale ou 800µg par voie vaginale, suivis d'un maximum de 5 doses de 400µg toutes les 3 heures.

Les Anglais utilisent 1 comprimé de 200mg de mifépristone suivi de 800µg de misoprostol par voie vaginale dès 12 à 48 heures et ensuite, toutes les 3h, maximum 4 doses de 2 comprimés de 400µg par voie vaginale ou orale. Au total, 5 doses en 12h et maximum 12 comprimés de misoprostol. Si la patiente a des

peres importantes de sang et de liquides, on passe au misoprostol par voie orale. Les Américains utilisent le même schéma, mais ne le donneront pas par voie orale, mais uniquement par voie vaginale, buccale ou sublinguale. Les Suédois font toutes les IVG par médicaments et ont beaucoup d'IVG tardives. S'il n'y a pas d'expulsion après les 5 doses de misoprostol, ils redonnent un comprimé de mifépristone et 24h après, ils reprennent le schéma de misoprostol un deuxième, voire un troisième jour. Avec cette méthode, 2 à 3% de patientes ont besoin de 2 jours de misoprostol et moins de 1% a besoin de 3 jours de misoprostol. Une chirurgie a été utilisée dans 5% des cas, souvent pour évacuer le placenta. Ce schéma m'a été fort utile à l'hôpital pour des grossesses de 16 semaines.

Ci-dessous, un récapitulatif des recommandations pour les grossesses de 14 à 24 semaines.

IVG médicamenteuse de 14 => 24 semaines d'aménorrhée

- Mifépristone 200 mg (1co) per os
- 12 à 48h après, misoprostol **par voie vaginale** 800µg (4co)
- Ensuite, toutes les 3h misoprostol **par voie vaginale** 400µg (2co) ou **orale***

Au total 5 doses en 12h et max 12co de misoprostol

Exemple: 08h : (4co) - 11h : (2co) - 14h : (2co) - 17h : (2co) - 20h : (2co)

* misoprostol par voie orale si pertes de sang \geq règles ou perte de liquide abondante. Pour la NAF, les doses suivantes peuvent être administrées par voie vaginale, buccale ou sublinguale

- Si pas d'expulsion 15h après la première dose de misoprostol :
Ex: 08h : (4co) - 11h : (2co) - 14h : (2co) - 17h : (2co) - 20h : (2co)

Donner 1co de mifépristone (à 23h)

- Le lendemain, si pas d'expulsion :
24h après la première dose de misoprostol, redonner le même schéma de misoprostol un 2^{ème} jour
- **Si pas d'expulsion après ce 2^{ème} jour de misoprostol :**
Repos la nuit (pas besoin d'un 3^{ème}co de mifépristone)
Redonner le même schéma le lendemain (3^{ème} jour)

COMMENTAIRES

- 2 à 3% des patientes ont besoin de 2 jours de misoprostol
- <1% a besoin de 3 jours de misoprostol
- Chirurgie dans 5% des cas (souvent pour évacuer le placenta)

Les effets secondaires du misoprostol sont essentiellement gastro-intestinaux comme les diarrhées, les nausées, les vomissements, la dyspepsie, les flatulences. Il peut y avoir aussi des maux de tête et des vertiges. Les signes de surdosage sont la sédation, les tremblements, la fièvre, la tachycardie, l'hypotension, la bradycardie, les convulsions, la dyspnée. C'est donc très important de respecter le schéma de maximum 12 comprimés en 12h suivi de 12 heures sans médicaments.

L'IVG médicamenteuse est particulièrement indiquée pour les jeunes femmes de moins de 18 ans ou les femmes qui présentent un utérus myomateux (avec de nombreux fibromes) et une grossesse difficilement accessible par aspiration, une sténose du col, des malformations utérines, des problèmes orthopédiques rendant une position gynécologique difficile pour une aspiration, une obésité importante.

En ce qui concerne les visites de contrôle 2-3 semaines après, les Américains précisent que l'épaisseur de l'endomètre ne doit pas guider la prise en charge et que la clinique prime. Si la patiente ne se plaint pas et qu'on voit un endomètre de 18 mm, on ne fait rien. Une dose supplémentaire de misoprostol peut être donnée si le sac gestationnel est persistant, ce qui provoquera dans 50% des cas une expulsion. Si on a une grossesse évolutive, un tiers l'expulsera.

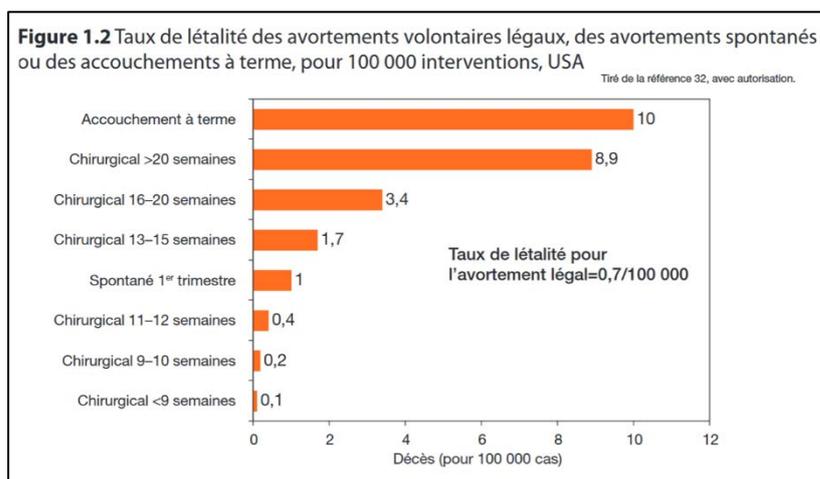
On pratique une aspiration malgré une IVG médicamenteuse, s'il y a une grossesse évolutive (moins de 1% des cas), s'il y a une rétention non évolutive du sac gestationnel avec des saignements (1 à 2%), s'il y a une hémorragie (1%) ou pour une raison non médicale comme un départ à l'étranger de la patiente par exemple (1 à 2%). Globalement, le risque d'aspiration après l'utilisation de misoprostol par voie vaginale est de 3% et de 4% si la prise est par voie buccale.

Le risque de transfusion est normalement de 1/1000. Après une IVG médicamenteuse pour une grossesse jusqu'à 9 semaines, le risque d'hémorragie est le plus élevé dans les premières 24h après la prise de misoprostol ou 3 à 5 semaines après, même s'il y a eu expulsion. Un curetage peut être nécessaire dans 1% des cas. Comme traitement, on donne du misoprostol supplémentaire par voie sublinguale ou de l'ocytocine (Syntocinon®), du Methergin®, de l'Exacyl® pendant 5 jours.

En ce qui concerne les antidouleurs, l'OMS et le RCOG reconnaissent que les anti-inflammatoires non stéroïdiens (ibuprofène, diclofenac) calment la douleur associée aux méthodes d'avortement médicamenteuses et chirurgicales. Le paracétamol est inefficace et n'est pas recommandé. Si la patiente présente des contre-indications à l'utilisation des anti-inflammatoires ou s'ils ne suffisent pas, on utilise de la codéine et des morphiniques (Paracétamol+codéine, Tramadol®). Ce sont des médicaments que les praticiens doivent avoir et utiliser avant de faire une aspiration. Aucun protocole international ne mentionne la péridurale comme possibilité. A l'hôpital Erasme, la péridurale est utilisée pour toutes les IVG tardives et c'est très efficace.

Les trois protocoles recommandent une recherche d'infections sexuellement transmissibles et aucun ne préconise l'utilisation préventive d'antibiotiques. Le foeticide est accepté par tous à partir de 22-23 semaines.

En ce qui concerne la mortalité liée à l'avortement légal, on peut voir ci-dessous l'exemple des Etats-Unis en 2004.



On voit que les taux sont extrêmement faibles, particulièrement pour les IVG en dessous de 11 semaines.

En 2006, toujours aux Etats-Unis, la mortalité était de 1/1 000 000 pour une IVG chirurgicale jusque qu'à 7 semaines, de 1/100 000 pour les IVG médicamenteuses. Le risque est donc plus grand et le même que lors d'une fausse-couche spontanée. Il est frappant de constater que les Etats-Unis ont une augmentation de leur mortalité maternelle, 1/10 000 naissances vivantes en 2006 et 17/10 000 en 2014. Par comparaison, la Belgique est à 7/10 000 naissances vivantes, comme le Canada.

La rupture utérine lors d'une IVG médicamenteuse du deuxième trimestre est extrêmement rare comme le confirment l'OMS et la NAF (0,3%). Ils ne préconisent pas la diminution de la dose de misoprostol de moitié comme nous le faisons. La rupture utérine vient de la violence des contractions sur un endroit fragilisé, par exemple par une césarienne.

Il n'y a pas de risque tératogène pendant la grossesse avec la mifépristone, mais avec le misoprostol, le risque de malformation passe de 2 à 4% (syndrome de Moebius, trismus sévère, anomalies des membres).

Les avis sur l'allaitement maternel et la mifépristone sont divers. Pour la firme française Exelgyn, en 2007, l'allaitement devait être évité. Aux Etats-Unis en 2004, la notice recommandait de vérifier avec le médecin s'il fallait stopper l'allaitement ou pas. Enfin, les sites de conseils sur les interactions entre allaitement et médicaments (E-lactancia⁹, CRAT¹⁰) mentionnent qu'avec un comprimé de 200mg de mifépristone, la présence dans le lait est indétectable et l'allaitement est autorisé. Pour le misoprostol, le bébé reçoit 0,2% de la dose

⁹ <http://www.e-lactancia.org/>

¹⁰ <https://lecrat.fr/>

maternelle. L'utilisation est donc possible au cours de l'allaitement, le taux de produit transmis étant très bas.

Les contre-indications à l'IVG médicamenteuse sont les suivantes :

- l'allergie à la mifépristone et au misoprostol;
- les traitements chroniques avec corticoïdes pour maladie sévère;
- l'insuffisance surrénale;
- les troubles de la coagulation parce que cela saigne plus que l'IVG chirurgicale, on risque d'avoir des hémorragies
- l'anémie si Hb > 10
- un DIU placé si impossible à enlever avant l'IVG
- une suspicion de grossesse extra-utérine
- les maladies cardiovasculaires
- l'asthme sévère déséquilibré parce que la mifégyne a un effet anti glucocorticoïdes et pourrait mettre en échec un traitement urgent à la cortisone;
- l'épilepsie mal contrôlée;
- le glaucome;
- l'insuffisance rénale et hépatique.

La contraception après une IVG médicamenteuse

On peut commencer toutes les méthodes contraceptives après une IVG médicamenteuse : pilule, patch, anneau vaginal, contraceptif injectable et implant. Le DIU peut se placer après 2 à 3 semaines lors de la visite de contrôle si tout est normal.

L'IVG médicamenteuse à domicile serait-elle aussi possible en Belgique?

Les centres de LUNA ont examiné la question. Quelques questions restent en suspens :

La femme devrait-elle déjà avoir eu une expérience de la douleur utérine ? Avoir déjà eu un accouchement ou une IVG? Devrait-elle être accompagnée d'une personne chez elle?

Mais les centres s'accordent pour dire qu'il faut évidemment que cela soit le choix de la patiente, qu'elle ait plus de 18 ans, que ce soit à maximum 7 ou peut-être 9 semaines de grossesse. Le schéma utilisé serait de 200mg de mifépristone et 400µg de misoprostol par voie vaginale et une dose de 400µg de misoprostol supplémentaire à prendre par voie sublinguale en cas d'hémorragie. Il faut s'assurer que la patiente a des antidouleurs adéquats et lui donner des instructions écrites sur le déroulement de l'IVG ainsi que le numéro de téléphone d'un médecin à joindre en cas de questions ou problèmes. Elle doit donc obligatoirement avoir un téléphone et ne doit pas habiter dans un endroit trop isolé. Elle ne peut pas être éloignée de plus de 30 minutes d'un centre hospitalier ou extrahospitalier. Le suivi doit être obligatoire. Néanmoins, nous savons que beaucoup de femmes ne reviennent pas. Peut-être pourrions-nous envisager de

nouvelles méthodes de suivi. Une étude a montré que sur base d'un rendez-vous téléphonique 2 semaines après l'IVG, trois grossesses évolutives ont été détectées sur 133 femmes. Les questions de suivi posées étaient les suivantes : Est-ce que les pertes de sang et les crampes sont plus importantes que pendant les règles ? Est-ce que vous avez perdu des caillots de sang ? Combien de protections hygiéniques avez-vous utilisées par heure ? Est-ce que vous ressentez encore des signes de grossesse? Est-ce que vous pensez avoir perdu la grossesse ? Une femme toujours enceinte n'avait pas été détectée avec ce questionnaire.

Un mois après la mifégyne, les tests urinaires habituels sont encore positifs dans un quart des cas. Il existe des tests duos que nous n'avons malheureusement pas en Belgique et qui détectent le taux de HCG qui doit être de moins de 1000 deux semaines après le misoprostol. On peut faire une prise de sang au moment de la mifégyne ou au moment du misoprostol, 48 heures après le HCG doit avoir baissé de plus de 50%. Donc c'est une façon de faire un suivi chez une patiente qui ne pourra pas revenir. Si l'HCG reste élevé c'est peut-être dû à une grossesse évolutive, à un sac non évolutif, à une môle ou à une grossesse ectopique.

Les échographies de suivi donnent souvent lieu à la prescription de doses supplémentaires inutiles de misoprostol et à la réalisation de deux fois plus d'aspiration. Si la femme n'a pas de plainte et qu'on est certain qu'elle a expulsé, il faut éviter de multiplier les suivis.

Conclusion

On voit au fil du temps, une simplification des protocoles. En assouplissant les protocoles de l'IVG médicamenteuse, beaucoup plus de femmes pourront y avoir accès, ce qui est positif.

Echanges avec la salle

- L'IVG médicamenteuse à domicile est-elle autorisée en Belgique?

En Belgique, la convention avec l'INAMI précise que les femmes doivent rester 3-4 heures sous surveillance dans le centre et ce n'est donc pas compatible avec une IVG à domicile. Nous avons obtenu ce forfait INAMI pour la pratique de l'interruption de grossesse au tout début de la mise sur le marché de la Mifégyne®. Nous avons repris des protocoles français extrêmement rigides parce que nous n'avons aucune expérience. Cela empêche aujourd'hui une évolution vers une solution plus souple. Beaucoup de femmes refusent la méthode parce qu'elles doivent revenir trois fois et elles préfèrent alors la méthode chirurgicale. Donc il n'y a pas d'interdiction légale, mais c'est un problème de financement par l'INAMI. Il est fortement déconseillé de rouvrir ce dossier financement auprès de l'INAMI parce que le risque est grand de le voir diminuer.

- A l'hôpital, nous n'avons pas de convention avec l'INAMI et parfois nous faisons des IVG médicamenteuses à domicile, aux conditions mentionnées par Anne Verougstraete.

- Nous pourrions proposer une IVG médicamenteuse à domicile, mais en gardant une disponibilité au centre qui permette à la patiente de venir si elle en a besoin ou envie.

Interruptions de grossesse chirurgicales du deuxième trimestre

Yannick MANIGART, CHU Saint-Pierre (Bruxelles)

Nous n'assumons pas les demandes psychosociales du deuxième trimestre et des patientes sont envoyées chaque année en Hollande. Cela représente plus ou moins 500 cas par an. Les IVG du second trimestre représentent 10 à 15% des 42 millions d'avortements dans le monde. Aux Etats-Unis, 7.1% sont des IVG de 14-20 semaines et 1.3% après 21 semaines. Ces IVG présentent un taux plus élevé de morbidité et de mortalité. Ces patientes ont souvent plus de difficultés émotionnelles et sociales qui expliquent leur demande tardive. Dans les cliniques hollandaises, beaucoup de patientes ont des grossesses de moins de 6 semaines, et au fur et à mesure de l'avancement de la grossesse, il y a moins de demandes. Il reste un pic à 16 semaines de grossesse et cela diminue fortement après 20 semaines.

La mortalité maternelle est extrêmement rare dans les IVG du premier trimestre (0.1 à 0.4/100 000) même si les chiffres varient d'une étude à l'autre. Au deuxième trimestre, on passe de 1.7 à 8.9/100 000, ce qui reste extrêmement peu mais qui est quand même de 17 à 20 fois plus important que pour le premier trimestre. La mortalité faible avant 8 semaines augmente rapidement après 18 semaines, on passe à 11/100 000 à plus de 21 semaines, ce qui correspond au taux de mortalité à l'accouchement. On a une augmentation du risque de mortalité qui augmente en fait finalement de 38% par semaine à partir de 8 semaines.

Le taux de mortalité global pour les IVG légaux est de 0.7/100 000. Aux Etats-Unis, entre 1998 et 2005, le taux était de 8.8/100 000. Avorter reste quand même toujours beaucoup plus sûr que l'accouchement. Dans certains pays où l'IVG est illégale, elle représente plus de 25% de tous les décès maternels.

La méthode chirurgicale du second trimestre diminue la mortalité par rapport à la méthode médicale du déclenchement ou l'hystérotomie qu'on ne réalise plus actuellement. Quand une patiente a un bébé qui décède au troisième trimestre, on ne lui propose évidemment jamais de lui faire une césarienne et on la fait accoucher. Une cicatrice dans l'utérus augmente fortement toutes les complications et donc également la mortalité pour les grossesses suivantes.

Pour reprendre les chiffres des Etats-Unis, les interruptions de grossesse légales représentent un taux de mortalité de 0.6/100 000, les fausses-couches ont un taux deux fois supérieur de 1.2/100 000, les accouchements sont à 7/100 000 et les grossesses extra-utérines à 32/100 000. Les avortements clandestins ont une mortalité de 100/100 000. Si on considère les pays en voie développement, ces chiffres explosent puisque la population n'a pas accès à l'hôpital ni à des soins de qualité.

LA TECHNIQUE DE DILATATION-EVACUATION

Quand on dépasse les 14 semaines, on a un fœtus de plus grande taille et il est important de dilater suffisamment le col pour pouvoir l'extraire. Après la dilatation, il faut évacuer le contenu de l'utérus. On évite de le faire même au deuxième trimestre parce que cette technique est très agressive pour la paroi de l'utérus et que cela peut provoquer des adhérences allant parfois jusqu'à la stérilité.

La dilatation mécanique était faite au premier trimestre mais elle est rare maintenant grâce au Cytotec® qu'on donne aussi avant l'avortement chirurgical. Quand le Cytotec® n'existait pas pour cette indication, on pouvait avoir des patientes avec un col très étroit qui ne permettait pas le passage des dilateurs et des canules permettant l'aspiration. On était alors obligé de déchirer le col, ce qui pouvait évidemment entraîner des complications ultérieures. La dilatation mécanique n'est pas recommandée. La littérature scientifique n'est pas unanime, mais cela peut donner des risques de béances isthmiques c'est à dire que le col va s'ouvrir spontanément en fin de grossesse et favoriser les accouchements prématurés.

La préparation du col est un processus de ramollissement et de dilatation du col pour éviter de devoir forcer la dilation mécaniquement le jour de l'intervention. C'est recommandé et indispensable dans les IVG du second trimestre. Cela diminue la morbidité causée par les complications comme les lésions et perforations du col de l'utérus, les avortements incomplets et les fausses-couches tardives futures.

La technique des dilateurs osmotiques reste la technique la plus recommandée dans la littérature scientifique. Ce sont des espèces de petits bâtonnets qui contiennent des substances fabriquées ou "naturelles", comme des algues japonaises, que l'on met dans le col de l'utérus. L'humidification de la substance en contact avec le col permettra sa dilatation.

Ces dilateurs doivent être placés 1 ou idéalement 2 jours avant l'intervention. Ils sont laissés 12 à 18h. Ils doivent être fixés avec des compresses. La patiente rentre à domicile et revient le lendemain. On vérifie la dilatation du col et on ajoute des dilateurs pour avoir une dilation idéale au moment de l'intervention. Parfois, une anesthésie locale est nécessaire pour le placement de ces dilateurs. Il faut bien notifier le nombre placé, y compris pour les compresses. Cela permet d'être certain d'avoir tout enlevé avant l'intervention. Des études comparatives ont été faites avec l'utilisation de la prostaglandine (Cytotec®) et on constate que ces dilateurs donnent en moyenne 3.6mm de plus de dilatation que la prostaglandine. Cela diminue évidemment la nécessité d'avoir recours à la dilatation mécanique et aux difficultés que cela peut entraîner. Le protocole de l'OMS reconnaît effectivement que le Cytotec® donne moins de dilatation que les dilateurs osmotiques. Mais il a l'avantage de pouvoir être donné dans la même journée que l'intervention, 4 heures avant. Dans nombre de pays, c'est un élément important. Le protocole précise qu'entre 12 et 19 semaines on peut

choisir l'un ou l'autre mais qu'à partir de 20 semaines, il est préférable d'utiliser les dilateurs osmotiques pour éviter les complications.

La société américaine de planning familial¹¹ préconise indifféremment l'une ou l'autre méthode en-dessous de 16 semaines et même le dilateur peut être mis au moins 4 heures avant l'intervention. Au-delà de 16 semaines, leurs recommandations sont semblables à celles préconisées par l'OMS pour les grossesses de plus de 20 semaines.

Lors de la préparation du col, et comme pour les IVG du premier trimestre, il est recommandé d'utiliser la prophylaxie par antibiotiques qui consiste à donner soit 100mg de doxycycline 1h avant la procédure et 200mg après ou 1g d'azithromycine une heure avant.

L'INTERRUPTION DE GROSSESSE CHIRURGICALE

La compétence du praticien est la première chose essentielle. Il s'agit d'un acte technique qui nécessite un haut niveau de compétences. C'est une procédure aveugle malgré l'échographie, pour laquelle le toucher, la perception et la prudence sont primordiales. Trop de confiance dans l'image échographique peut être fatal. L'expérience est indispensable pour développer des compétences.

Etre un très bon chirurgien gynécologique ou un bon médecin qui fait des IVG du premier trimestre, ne signifie pas avoir la même compétence pour les interruptions de grossesse du deuxième trimestre. Cela peut aider mais ce n'est pas suffisant. Il faut observer un praticien expérimenté et compétent plusieurs fois et ensuite réaliser l'intervention sous sa supervision avant d'envisager de procéder seul.

Nous pourrions aller nous former aux Pays-Bas par exemple, pour les IVG/IMG chirurgicales mais nous avons peu de demandes. Par ailleurs, est-ce vraiment une bonne chose qu'une femme qui a désiré sa grossesse et fantasmé son accouchement et son bébé, soit confrontée à cette procédure. Beaucoup d'études contradictoires posent la question de savoir s'il n'est pas préférable de vivre leur deuil en ayant un accouchement. C'est évidemment très personnel.

La procédure n'est pas très différente de celle des interventions du premier trimestre. La patiente doit vider sa vessie et on effectue un toucher pour essayer de visualiser la position du fœtus, même si on a un échographe. C'est important de sentir jusqu'où remonte la cavité utérine et être certain que l'on ne s'est pas trompé dans l'âge de la grossesse. On désinfecte le col et on évalue sa dilatation. On vide le liquide amniotique et l'utérus. Il faut ensuite inspecter les tissus.

L'anesthésie reste un grand débat. Les centres extrahospitaliers pratiquent des anesthésies locales et effectivement, dans la plupart des études déjà anciennes, la grande partie des mortalités liées à l'IVG, même du premier trimestre, sont dues à l'anesthésie (35%). La douleur est souvent ressentie malgré les techniques

¹¹ Planned Parenthood Federation of America. <https://www.plannedparenthood.org/>

utilisées. Plusieurs études, dont la plus importante de 2005, avancent que le fœtus ne ressentirait pas la douleur avant le troisième trimestre. Nous n'avons pas de méthode démontrée pour assurer une analgésie fœtale mais il y a peu d'études et elles sont extrêmement difficile à réaliser.

La sécurité et le confort de la patiente sont les objectifs de l'anesthésie. A l'hôpital Saint-Pierre, on propose des anesthésies générales pour les IVG du premier trimestre. Les patientes viennent spécifiquement pour cette procédure. Ce sont souvent des cas médicaux particuliers et si elles veulent une anesthésie locale, elles doivent aller en centre extrahospitalier où elles seront bien mieux prises en charge.

L'anesthésie du bloc para-cervical et une sédation consciente, c'est à dire que la patiente ne sera pas endormie mais fortement calmée, sont recommandées. Les dosages sont de 2mg d'anti-inflammatoire (midazolam) et 100mg de morphinique (fentanyl). Il est recommandé de le donner en intraveineuse, ce qui est plus efficace que par voie orale. De plus, la patiente a de ce fait une perfusion, ce qui peut être un gage de sécurité. On donne également un anti-inflammatoire par voie orale 1h avant.

Pour le bloc para-cervical, il s'agit d'une injection profonde de 10ml à 20ml de lidocaïne. Il est recommandé d'ajouter de l'adrénaline pour diminuer la résorption de l'anesthésique local dans le sang qui peut donner des réactions vagales importantes. Il faut évidemment faire très attention à ne pas injecter l'anesthésique local en intravasculaire car cela peut entraîner des complications cardiaques graves. Si on a une syncope vagale post-injection, il faut donner de l'atropine.

L'anesthésie locorégionale (péridurale) ou générale peut s'envisager aussi selon le désir de la patiente ou si des difficultés sont attendues. Des études anciennes¹², des années 80, montrent un taux accru de mortalité en cas d'anesthésie générale. Il faut quand même préciser qu'à l'époque, les échographies étaient de qualité médiocre et que les instruments à disposition n'étaient pas aussi perfectionnés qu'aujourd'hui. Ces études parlent de plus de perforations utérines, de risques d'hémorragie et de lésions viscérales. Probablement que cette mortalité est beaucoup moins importante actuellement.

En Hollande, pour les interruptions de grossesse de 13 à 17 semaines, les deux types d'anesthésie sont proposés mais les patientes sont généralement sous anesthésie générale. Entre 18 et 22 semaines, c'est une anesthésie générale mais ils font toujours une préparation avec des prostaglandines. Ils ne suivent ni la procédure américaine ni celle de l'OMS et ils ne publient pas. Il est très difficile de trouver des renseignements sur la technique utilisée. Sur certains sites de ces

¹² PETERSON H.B., GRIMES D.A., CATES W.Jr, RUBIN G.L. Comparative risk of death from induced abortion at less or equal 12 weeks' gestation performed with local versus general anesthesia, *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, 1981, Vol. 141, Issue 7, pp.763-768.

GRIMES D.A., SCHULZ K.F. Morbidity and mortality from second-trimester abortions, *The Journal of Reproductive Medicine*, 1981, Vol. 30, Issue 7, pp.505-514.

centres¹³, dans la partie réservée aux professionnels, on voit qu'ils font parfois une préparation préalable pour les interventions au-delà de 20 semaines. Ils donnent le Cytotec®, ils rompent la poche des eaux et ensuite ils sectionnent le cordon. Ils réalisent l'intervention 6 heures plus tard en reprenant la technique de dilatation et extraction.

Il est essentiel de ne pas toucher la partie des instruments qui entre dans l'utérus; de ne pas toucher le vagin en entrant ces instruments et de séparer les instruments utilisés. On utilise une pince de Pozzi et la dilatation minimum requise est de 14 à 19mm en fonction de l'âge gestationnel et en fonction des forceps à utiliser. Il faut passer une large canule pour vérifier la dilatation. S'il est impossible de passer, on doit faire une dilatation mécanique mais on n'a pas de dilateurs qui vont au-delà de 16mm. Si vraiment la dilatation est insuffisante, on recommande de s'arrêter, de ne pas s'acharner et de continuer à préparer le col.

Ensuite, il faut rompre la poche de liquide amniotique. Deux techniques existent. Un médecin américain¹⁴ préconise de ne pas aspirer quand on rompt la poche parce que cette aspiration rapide du liquide amniotique crée une chute de pression qui pourrait augmenter le risque d'embolie. C'est une complication redoutable qui est une des premières causes de mortalité maternelle à l'accouchement, favorisée par la césarienne. On connaît mal pour quelle raison mais il s'agirait plutôt d'un phénomène immunitaire par activation du complément, une réaction qui donne un choc cardiogénique. Le taux de mortalité est proche de 100%. C'est vraiment la cause principale de mortalité à l'accouchement dans nos pays. Les autres causes comme l'hémorragie ou la pré-éclampsie, on les contrôle bien.

L'OMS ne parle pas de ce risque d'embolie, c'est donc une publication américaine assez particulière.

Pour évacuer l'utérus, on entre une canule appropriée de 1 ou 2mm inférieur à l'âge de la grossesse. Les canules les plus larges sont de 14 ou 16mm. Cela permet l'évacuation d'une grossesse de 16 à 18 semaines. Au-delà de 18 semaines, on utilise un forceps et on fait une désarticulation du fœtus. Des techniques peuvent éviter les complications, notamment de bien examiner et d'essayer de n'agir que dans la partie basse de l'utérus. La partie haute, le fond utérin, est la plus fragile et le risque de perforation est le plus important. Il vaut mieux aspirer le fœtus et l'amener dans la partie basse pour commencer le travail aux forceps. Idéalement, il faut enlever le placenta après le fœtus pour éviter des saignements plus importants. Il faut veiller à ne pas laisser de petits morceaux osseux dans la cavité utérine et éviter de passer souvent à travers le col. L'échographie est une aide extrêmement précieuse même si elle n'est pas suffisante. On prend une canule d'aspiration pour vérifier la vacuité utérine.

¹³ <https://www.casaklinieken.nl/>

¹⁴ LAWSON H.W., ATRASH H.K., FRANKS A.L. Fatal pulmonary embolism during legal induced abortion in the United States from 1972 to 1985, *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, 1990, Vol. 162, Issue 4, pp.986-990.

Il existe une variante de cette technique surtout pour les interruptions de grossesse tardives : la dilatation et évacuation "intacte". Cela nécessite encore plus d'expérience pour essayer d'enlever le fœtus intact par le siège et en le tirant vers l'extérieur. Ensuite, une incision est faite dans le crâne pour aspirer l'intérieur et pouvoir extraire la tête sans la broyer. Il y a moins de passage à travers le col. Cela permet une visualisation directe et d'avoir la certitude d'évacuer tous les tissus.

Une seule étude rétrospective¹⁵ a comparé les deux techniques pour des grossesses de plus de 20 semaines chez 383 patientes. Il n'y avait pas de différence dans les pertes de sang et la durée opératoire et il y avait 5 % de complications dans les deux groupes. Les patientes qui avaient été aux soins intensifs étaient toutes dans le groupe où on a pratiqué la technique de désarticulation. Les causes étaient une embolie amniotique, un sepsis, une embolie pulmonaire et une perforation utérine.

L'inspection des tissus est importante et on recommande de vérifier qu'on a bien quatre extrémités, le thorax, la colonne vertébrale, le crâne et le placenta.

Comme pour les IMG, à une certaine période, des injections intra-amniotiques préalables à l'intervention étaient réalisées pour provoquer le décès du fœtus. C'est une méthode controversée et non recommandée.

L'avantage est la diminution du stress émotionnel de la patiente et l'impossibilité d'une naissance vivante. Cela permet parfois ne pas être en contradiction avec certaines lois, comme dans certains états des Etats-Unis ou chez nous. Il semblerait aussi que la macération fœtale faciliterait la technique de dilatation-évacuation.

Deux études¹⁶ ont montré beaucoup de désavantages, en tout cas dans la technique d'injection de digoxine pour des grossesses de deuxième trimestre. Elles ont constaté plus d'accouchements avant la procédure d'IVG et parfois même avant la mort fœtale, plus d'infections, plus de douleurs et plus de nausées.

Les recommandations post-avortement sont les mêmes que pour les IVG du premier trimestre. Utiliser des utérotoniques en prophylactique est probablement utile. Comme donner de l'ocytocine mélangée à l'anesthésiant quand on fait une anesthésie locale ou donner une ampoule d'ocytocine après l'évacuation pour éviter les saignements.

Les complications sont la rétention et la perforation utérine. Les perforations ont lieu lors de l'aspiration ou lors de l'utilisation des forceps. L'échographie est très

¹⁵ CHASEN S.T., KALISH R.B., GUPTA M., KAUFMAN J.E., RASHBAUM W.K., CHERVENAK F.A. Dilatation and evacuation at >ou=20 weeks : comparaison of operative techniques, *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, 2004, Vol. 190, Issue 5, pp.1180-1183.

¹⁶ DEAN G., COLAROSSO L., LUNDE B., JACOBS A.R., PORSCH L.M., PAUL M.E. Safety of digoxin for fetal demise before second-trimester abortion by dilatation and evacuation, *Contraception*, 2012, Vol. 85, Issue 2, pp.144-149.

GRIMES D.A., STUART G.S., RAYMOND E.G. Feticidal digoxin injection before dilatation and evacuation abortion : evidence and ethics, *Contraception*, 2012, Vol. 85, Issue 2, pp.140-143.

importante surtout au début d'une dilatation, même au premier trimestre. Si on a un doute, que l'on ne passe pas facilement, on peut croire être dans la cavité utérine mais en fait on est dans la cavité abdominale. C'est évidemment très dangereux si on ne s'en rend pas compte. Si on s'en rend compte et si cela ne saigne pas, on retire la canule d'aspiration et généralement on arrête l'avortement. On attend la cicatrisation et on reprend après. Parfois, lorsqu'on passe à travers l'utérus si on ne s'en rend pas compte, on aspire des intestins. C'est extrêmement rare mais il faut être très vigilant.

Dans les facteurs de risque, on note un col abîmé par une grossesse avancée, un utérus plus mou après plusieurs grossesses, l'inexpérience du chirurgien. La lacération du col est une autre complication plus fréquente. La pince de Pozzi est nécessaire mais parfois elle lâche, on doit la remettre et cela peut provoquer de petites lésions. On comprime s'il y a saignement ou on met un petit point de suture. C'est moins fréquent avec les techniques efficaces de préparation du col.

Il arrive également de blesser le col au niveau de son orifice interne. Au-delà de ce qu'on voit à l'extérieur, le col est un long tunnel qui entre dans la cavité utérine. Près de cet orifice interne, il y a des vaisseaux sanguins importants. Les lésions peuvent y être beaucoup plus graves et provoquer des hémorragies. Il faut y penser lorsqu'on a une hémorragie sévère alors que l'utérus est bien tonique et que la partie visible du col ne saigne pas. On peut comprimer en utilisant un ballon de Bakri - un ballon placé dans l'utérus et gonflé pour comprimer la lésion. Si les saignements perdurent, cela peut entraîner l'obligation de pratiquer une hystérectomie comme cela peut aussi être le cas après un accouchement.

Le risque d'infections est de 2 à 4% mais diminue si on donne des antibiotiques à titre prophylactique.

L'utérus mou est la cause principale d'hémorragie. Lors d'une grossesse, beaucoup de sang arrive dans l'utérus pour nourrir le fœtus. Quand la grossesse est interrompue, si l'utérus ne se contracte pas, le flux sanguin continue à être important de l'ordre de 200 à 500ml/minute. Cela ne laisse pas beaucoup de temps pour réagir.

Les données de la littérature sont contradictoires sur les complications à long terme. Une étude de 1976¹⁷ relevait une augmentation du risque d'incompétence cervicale avec la dilatation mécanique rapide ou un nombre élevé d'IVG. Il faut tenir compte du fait que le Cytotec® n'était pas utilisé à l'époque et qu'on dilatait mécaniquement. D'autres études¹⁸ sont rassurantes. L'une montre même qu'il y

¹⁷ JOHNSTONE F.D., BEARD R.J., BOYD I.E., Mc CARTHY T.G. Cervical diameter after suction termination of pregnancy, *British Medical Journal*, 1976, Vol. 1, n° 6001, pp.68-69.

¹⁸ KALISH R.B., CHASEN S.T., ROSENZWEIG L.B., RASHBAUM W.K., CHERVENAK F.A. Impact of midtrimester dilatation and evacuation on subsequent pregnancy outcome, *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, 2002, Vol. 187, Issue 4, pp.882-885.

a moins d'accouchements prématurés et une autre relève que les femmes accouchent légèrement plus tôt (38.9 versus 39.5 semaines) mais qu'il n'y a pas de différence dans la prématurité. Enfin, une dernière étude de 2015¹⁹ montre qu'il n'y a pas plus de prématurité chez les femmes qui ont subi une interruption de grossesse au second trimestre.

En conclusion, la mortalité est plus fréquente mais moindre qu'avec l'induction. On a une augmentation de 2 à 7 par rapport à la technique chirurgicale. Mais cela nécessite une grande expérience et une infrastructure adaptée, comme pour la technique d'induction. C'est aussi peut-être un peu plus délicat au niveau psychologique. A titre personnel, je trouve qu'il est plus facile pour un médecin d'utiliser la technique de l'induction que la dilatation-extraction. Mais je pense que pour la femme la technique chirurgicale est meilleure.

Echanges avec la salle

- *Concernant les complications tardives, dans la littérature ancienne et dans l'expérience clinique ancienne, c'était le syndrome d'Asherman le plus fréquent. Une curette tranchante était utilisée pour s'assurer que les parois utérines étaient toutes bien raclées. La paroi utérine était tellement traumatisée que cela provoquait des adhérences qui donnait lieu à l'oblitération de la cavité utérine. Cela entraînait des problèmes d'aménorrhée et de l'infertilité. Lorsque vous avez parlé d'injection intra-amniotique pour induire la mort fœtale. Ce ne sont pas des injections intra-fœtales?*

Y.M. : On fait des injections intra-fœtales, mais aussi des injections intra-amniotiques de digoxine, ce qui est techniquement plus facile.

- *Si la loi change en Belgique, l'hôpital Saint-Pierre serait-il d'accord pour que des médecins, de centres de planning familial par exemple, viennent se former?*

Y.M. : Si la loi changeait, l'idéal serait de créer quelques centres extrahospitaliers équipés en conséquence, à Bruxelles et en Wallonie, pour accueillir ces patientes avec des médecins de planning familial et d'hôpital qui souhaiteraient participer au projet. Cela ferait certainement au minimum 500 patientes par an. Si la loi imposait de le faire en hôpital, j'espère que l'hôpital Saint-Pierre assurerait ce service.

- *Je crois qu'il serait compliqué de le faire en dehors de l'hôpital dans un premier temps. Je suis allée l'année dernière en Hollande les observer et travailler avec eux. C'est vraiment une technique extrêmement maîtrisée et très rapide. C'est très*

JACKSON J.E., GROBMAN W.A., HANEY E., CASELE H. Mid-trimester dilatation and evacuation with laminaria does not increase the risk for severe subsequent pregnancy complications, *International Journal of Gynaecology and Obstetric*, 2007, Vol. 96, Issue 1, pp.12-15.

¹⁹ LITTLE S.E., JANIAK E., BARTZ D., SMITH N.A. Second trimester dilation and evacuation : a risk factor to preterm birth ?, *Journal of Perinatology*, 2015, Vol. 35, n°12, pp. 1006-1010.

impressionnant. Les femmes ne sont plus sous anesthésie générale mais elles ont une prémédication de type sédation consciente. Elles dorment quand même et cela se passe en une journée. Plus aucune n'est hospitalisée. En tout cas pour les grossesses jusqu'à 23 semaines.

- En Belgique, il y aurait entre 500 et 1 000 demandes, entre les femmes qui vont actuellement en Hollande et celles qui ne peuvent pas s'y rendre pour diverses raisons. Il faut beaucoup d'expérience pour pratiquer ces interventions et il ne faut pas que chaque centre de planning entame cette pratique de manière isolée. C'est beaucoup trop dangereux. En Flandre, les hôpitaux ne sont pas enthousiastes. Il faudrait un centre spécialisé pour toute la région flamande, pour que ce centre puisse acquérir l'expérience requise et un nombre de patientes suffisant. En Wallonie, certains souhaiteraient avoir plus de centres mais il faut aussi concentrer les expériences. En Suède, toutes les interruptions de grossesse se font par la technique médicamenteuse et aucune sous chirurgie. Leur expérience montre que les femmes expulsent et ce n'est pas parce qu'il s'agit de grossesses non-désirées que ces femmes ne souhaitent voir le fœtus. En Angleterre, les femmes irlandaises qui viennent pour des IVG tardives, repartent régulièrement avec un petit cercueil pour pouvoir l'enterrer. Il y a différentes manières de faire son deuil.

Edité par la FLCPF/CEDIF, novembre 2018.

Transcription et réalisation : Claudine CUEPPENS

© Tous droits de reproduction réservés.

D/2018/12.700/5

Editeur responsable : FLCPF Asbl – 34 rue de la Tulipe – 1050 Bruxelles



Avec le soutien de la Fédération Wallonie-Bruxelles



FLCPF-CEDIF

34 rue de la Tulipe – 1050 Bruxelles – 02 502 68 00

cedif@planningfamilial.net